

HUG: Hôpital cantonal de Genève

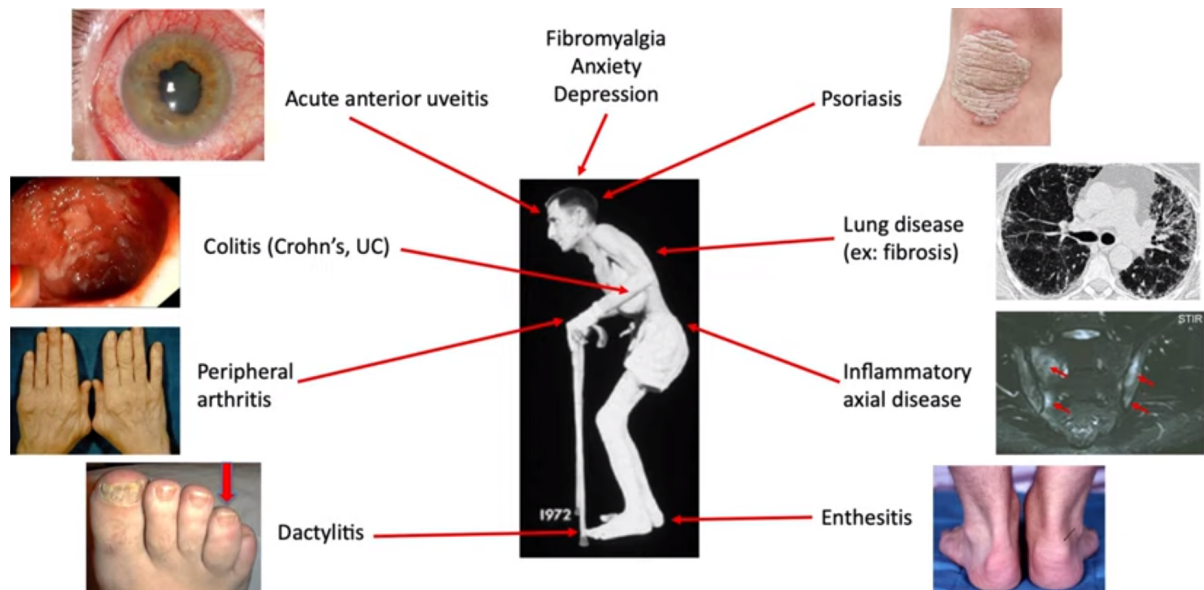
mardi 28 septembre 2021

Nouveautés dans les Spondylarthrites

Dr M. Nissen - service de rhumatologie

Contrairement à l'idée générale que la spondylarthrite ankylosante (SpA) touche surtout les hommes, il semble que cette maladie touche les femmes avec la même fréquence. (1% de la population)

L'image de cet homme datant de 1972 est typique d'une atteinte avancée. On y trouve rattaché les différents signes cliniques.



Il y a une augmentation des cas de douleurs chroniques, fibromyalgies et dépressions chez ces patients.

2 catégories générales

- Prédominance axiale: SpA axiale non radiologique (Nr-axSpA), spondylite ankylosante
- Prédominance périphérique: Arthrite réactive, arthrite psoriasique, arthrite liée aux maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), SpA indifférenciée

Il y a beaucoup de chevauchements entre les deux, l'intérêt de cette séparation est dans le choix du traitement.

Ces catégories, qui restent questionnées, sont liées à des types génétiques particuliers, avec le HLA-B27, un antigène du sang, présent dans les deux cas.

Pour la SpA radiographique vs non radiographique

La catégorisation dépend de la sévérité de l'atteinte à la radiographie, avec des critères précis.

Une étude de l'orateur conclut que les SpA radiographiques font une évolution qui s'aggrave facilement, ce qui n'est pas le cas des SpA non-radiographiques. D'où l'importance de faire une Rx du bassin...

Une [Revue](#) de l'orateur sur les uvéites liées à des maladies systémiques, résume les différents cas de figure:

- Pour la SpA axiale et la Nr-axSpA, se sont des uvéites antérieures à **début brusque**
- Pour les autres, le début est plus mitigé, parfois antérieur mais souvent intermédiaire.

L'imagerie dans la SpA

Radiographie: atteinte classique en syndesmophytes dans l'atteinte axiale, qui est une calcification, fine et verticale. (→)

Malgré une utilité claire d'une imagerie plus poussée comme l'IRM ou le scanner, il faut garder en tête les effets négatifs avec notamment un risque de faux positifs qui mène à des traitements non nécessaires et un effet nocebo important.

A l'IRM, on demande le protocole SpA des coupes spécifiques sacrales, en mode T1 et STIR.

→ hypersignal sous chondral, érosions et évolutions graisseuses. On trouve aussi un signe de "backfill" où les érosions initiales sont remplies à nouveau.



Faux positifs

Une étude de cohorte sur 700 personnes regarde l'IRM sacro-iliaque et note une grande fréquence de signes de SpA dans une population sans SpA, notamment chez les personnes obèses, les femmes ayant récemment accouché et les personnes avec un travail physique intense.

Également basée sur l'IRM, une étude chez des jeunes athlètes (course à pied, hockey) retrouve fréquemment (35% et 41%) des signes qualifiants pour une SpA, dans les zones de stress mécanique.

Certaines lésions qui sont bien plus spécifiques pour la SpA (érosions, portions inférieures du sacrum, lésions graisseuses), sont beaucoup plus rares chez les athlètes.

Baseline MRI data (/8 quadrants)	Sensitivity	Specificity	PPV
Bone marrow oedema ≥ 4 quadrants	32	94	96
Erosion score ≥ 3 quadrants	38	94	96
Fat lesion ≥ 5 quadrants	32	94	95
Fat lesion (>1cm) ≥ 2 quadrants	25	100	100

Les critères sont donc à revoir pour plus de spécificité dans le diagnostic par IRM.

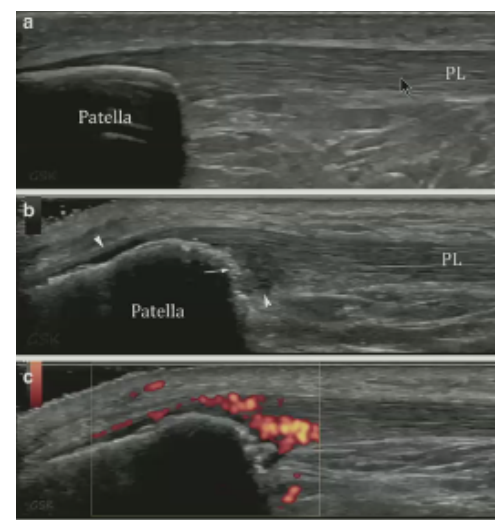
C'est ce que propose [cette étude](#), dans l'idée d'avoir une meilleure valeur prédictive.

Ultrason - enthésites

L'enthèse c'est l'attache du muscle à l'os, et la zone principale touchée dans la SpA.

Elle se retrouve ossifiée lors de périodes d'inflammation à la suite de petits chocs.

On voit une perturbation des fibres, de l'œdème et des points de calcification. Des vaisseaux sanguins sont anormaux dans cette zone. (→)



Traitements

Il y a beaucoup de recommandations différentes, basées sur les deux catégories (Arthrite psoriasique/ vs axiale). Il faut rester attentif car elles sont rapidement caduques.

Rappel sur les cytokines

Les lymphocytes T stimulés par IL 23, vont produire des cytokines inflammatoires, dont IL 17 et TNF alpha, qui sont nos cibles pour les traitements biologiques.

1) Analgesia / NSAIDs / (Prednisone)

2) csDMARDs ^{PsA>axSpA}

- Methotrexate, Leflunomide, Sulfasalazine

3) tsDMARDs (small molecules)

- PDE4 inhibitor: Apremilast^{PsA}
- Anti-JAK: Tofacitinib^{PsA, RCUH}, Upadacitinib, Filgotinib*, Baricitinib*^{PR}

4) bDMARDs

- Anti-TNF: 5 bio-originaux et biosimilaires
- Anti-IL-17A: Secukinumab, Ixekizumab, Netakimab*
- Anti-IL-17A/F: Bimekizumab*
- Anti-IL-p40 (IL-12/IL-23): Ustekinumab^{PsA, Crohn}
- Anti-IL-p19 (IL-23): Guselkumab^{PsA}, Tildrakizumab*, Risankizumab*

Les premières étapes (1 et 2) fonctionnent bien pour l'atteinte périphérique, mais moins pour l'atteinte axiale, qui demande à passer au palier suivant.

Il y a de nombreuses molécules en cours de recherche, dont un traitement biologique qui bloquerait plusieurs cytokines à la fois.

Le principe de traitement actuel est de viser une cible de progression maximum ou "treat to target". On utilise pour cela le score ASDAS qui détermine l'activité de la maladie.

Il y a de nombreux facteurs à prendre en compte pour bien choisir le traitement ...dont les comorbidités, les manifestations extra-articulaires, les caractéristiques et préférences du patient...

